



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

날짜:

수혜자 번호: \_\_\_\_\_

사례 담당자: \_\_\_\_\_

언어: \_\_\_\_\_

다음과 같이 귀하의 비협조적인 행위에 관해 언급하고자 합니다.

\_\_\_\_\_ 일자 서신에서 요청한 대로 화학 의존성 평가를 받지 않은 이유

\_\_\_\_\_ 일자 서신에서 요청한 대로 화학 의존성 치료를 받지 않은 이유

WAC 182-508-0220 에 의거해 협조하지 못할 적정 사유를 제공하지 않는 한 귀하의 의료서비스 혜택은 종결될 것입니다.

협조하지 못한 이유를 다음과 같이 알려주십시오.

저와의 면담: \_\_\_\_\_  
날짜 시간

전화 요청: \_\_\_\_\_ (으)로 \_\_\_\_\_ 까지 전화해 협조하지 못한 사유를 말씀해 주십시오.  
전화번호 날짜

협조할 수 없었던 해명 서신을 \_\_\_\_\_ 까지 제출하십시오.  
날짜

의사의 소견서 등, 서신을 보내실 때 귀하의 해명을 뒷받침할 수 있는 것이 있으면 같이 보내주십시오.

비고:

\_\_\_\_\_ 사례 담당자

전화: \_\_\_\_\_

CSO: \_\_\_\_\_